

Síndrome de Vogt Kayanagi Harada

Dr. Gerson Vizcaíno¹, Dra. Ángela Rodríguez²

Afiliación: ¹ Servicio de Enfermedades Inflammatorias Oculares y ² Departamento de Oftalmología. Hospital Escuela Dr. Jorge Abraham Hazoury Bahlés Instituto Nacional de la Diabetes, Endocrinología y Nutrición (INDEN).

PACIENTE FEMENINA de 46 años de edad, sin antecedentes traumáticos o quirúrgicos, acude a consulta refiriendo cefalea holocraneal y disminución progresiva de la agudeza visual de ambos ojos de 2 semanas de evolución. Refiere haber presentado un proceso gripal 2 semanas previa a esta eventualidad y la presencia de manifestaciones auditivas tipo tinitus. La agudeza visual fue de movimiento de manos a 3 metros en ojo derecho y cuenta dedos a 1 metro para ojo izquierdo. A la Biomicroscopía destaca inyección ciliar, hiperemia conjuntival de ++, precipitados retroqueráticos finos y sinequias posteriores. Unas presiones intraoculares de 9/10mmHg respectivamente para cada ojo.

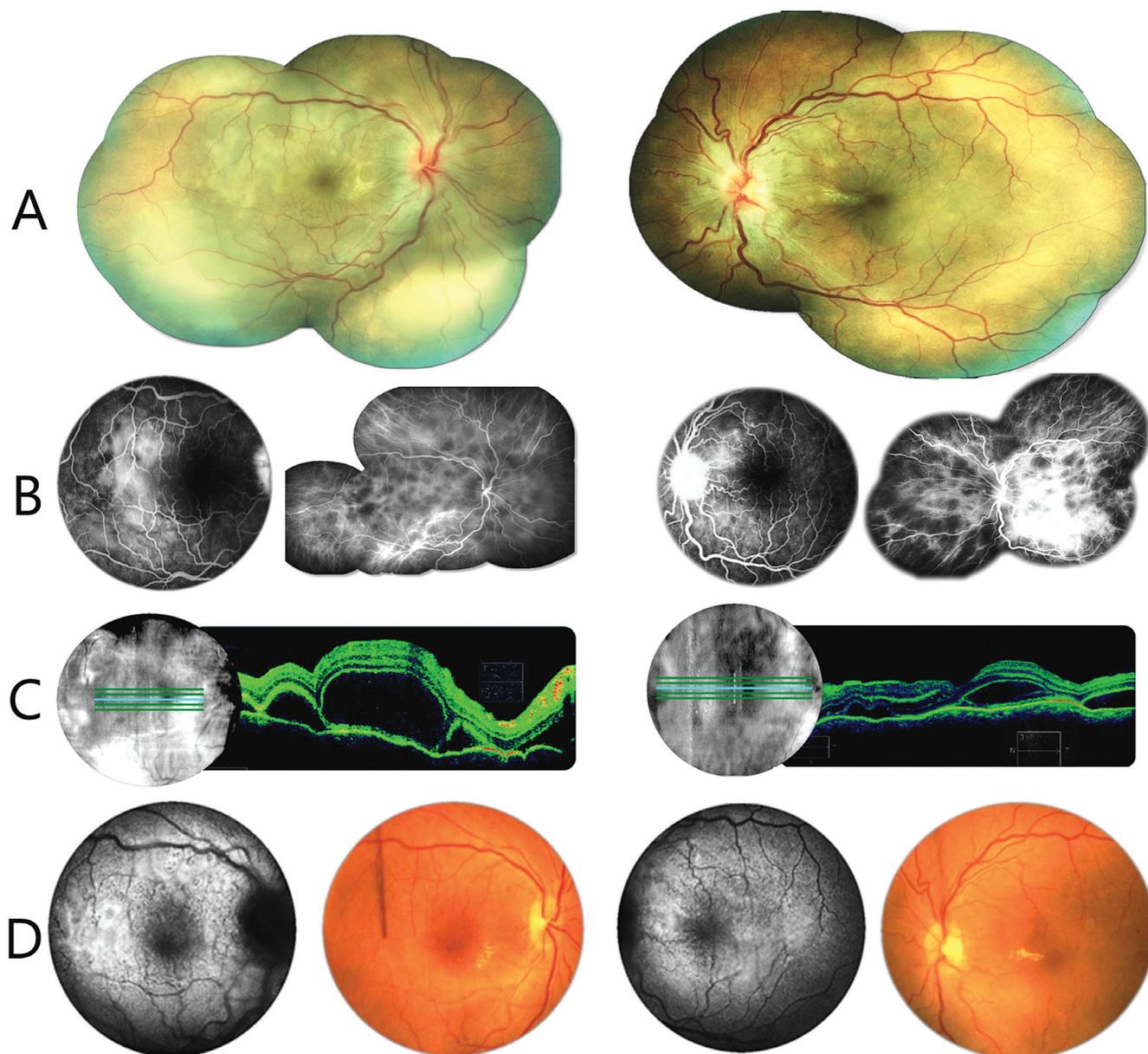
A la fundoscopia, encontramos lesiones bilaterales, asimétricas. En ojo derecho, observamos una papila hiperémica de polos y bordes irregulares y mal definidos, con una excavación que no se puede delimitar, los vasos emergen del centro de la papila con trayecto fisiológico, pero con una tortuosidad generalizada y ligera dilatación venosa. Llama la atención cambio de coloración verde amarillento ubicado en todo el polo posterior a nivel subretiniano, que provoca pliegues retinianos a nivel parafoveal, donde se acentúan algunos depósitos amarillos sobretodo a nivel del haz papilomacular (**A, izquierda**). En ojo izquierdo; hallazgos similares pero de menor intensidad (**A, derecha**).

La Angiografía Fluoresceínica mostró en fase temprana gran hiperfluorescencia de la papila que se

mantiene en los tiempos, así como manchas hiperfluorescentes irregulares de la circulación coroidea en tiempos precoces y posteriormente infiltrados hiperfluorescentes que aumentan en tamaño y coalescen (**B, izquierda en ambos ojos**). La Angiografía con Verde Indocianina, evidenció zonas moteadas de hiperpigmentación y lesiones que indican una vasculitis coroidea como son retraso en la perfusión de la coriocapilar y fugas de colorante a partir de los vasos coroideos en tiempos precoces (**B, derecha en ambos ojos**).

La Tomografía de Coherencia Óptica evidenció una desestructuración del área macular a expensas de líquido subretiniano que separa las capas neuroretinianas y que provoca la formación de espacios quísticos en la misma (**C**) y la Autofluorescencia mostró zonas de hiperautofluorescencia en todo polo posterior que se corresponden con el área exudativa anteriormente mencionada y un moteado contrastado de hipo-hiperautofluorescencia, denotando afectación de despigmentación del Epitelio Pigmentario de la Retina en etapas tempranas (**D, izquierda en ambos ojos**). Un rastreo sistémico solo evidenció valores anormales en la Velocidad de Eritrosedimentación y Proteína C Reactiva.

Basado en los hallazgos antes mencionados se hace el diagnóstico de Síndrome de Vogt Kayanagi Harada y se inicia tratamiento con esteroides endovenoso (500-1000 mg/día) x 3 días y se continuo vía oral (60-100 mg/día) más Ciclofosfamida vía oral (1mg/



kg/día). Luego de 3 semanas de iniciado el tratamiento, la paciente presenta una mejoría visual de 20/25 en ojo derecho y 20/20 en ojo izquierdo, observándose notoria mejoría en los hallazgos funduscópicos. **(D, derecha en ambos ojos).** ○

PALABRAS CLAVES:
Vogt Kayanagi Harada.

Conflicto de Interés: Ninguno; **Financiación:** Ninguna; **Agradecimiento:** Ninguno